DISSERTATION

N° 29.

SUR

LA DÉLIVRANCE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 février 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH-NESTOR LACOSTE, de Vitteaux,

Département de la Côte-d'Or;

Ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers, *Suppléant.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MA MÈRE.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

J.-N. LACOSTE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0000vari_r7d3

AVANT-PROPOS.

La délivrance ne doit pas moins offrir d'intérêt à l'homme de l'art que l'accouchement lui-même; comme lui, elle mérite de sa part une étude approfondie. Pénétré de cette idée, je l'ai choisie pour sujet de ma dissertation; mais j'ai bientôt reconnu que je serais obligé d'entrer dans de très-grands détails, si je voulais embrasser la question dans toute son étendue : c'est pourquoi je me suis rattaché principalement à tracer la conduite que doit tenir le praticien dans les différens cas qui s'offrent à lui. Je croirai avoir atteint mon but, si je suis parvenu à présenter sous un ordre méthodique tout ce qu'ont écrit de meilleur à cet égard les divers auteurs.

DISSERTATION

SUR

LA DÉLIVRANCE.

La délivrance, *partus secundarius*, ce travail, qui est le complément de l'accouchement, peut être défini, la sortie spontanée ou provoquée du délivre hors de l'utérus et du vagin. Cette définition fait pressentir que la nature ne suffit pas toujours pour déterminer l'expulsion de l'arrière-faix, et qu'il est des circonstances où l'art doit nécessairement venir à son secours. Nous devrons donc parler de la délivrance naturelle, pour nous occuper ensuite de la délivrance artificielle.

ARTICLE PREMIER.

De la délivrance naturelle.

On peut assigner à cette fonction deux époques. Dans la première s'opère le décollement du placenta, dans la seconde a lieu son expulsion.

Première époque. Le décollement est dû à l'action de l'utérus; il commence le plus ordinairement pendant les contractions destinées

à l'expulsion du fœtus ; quelquefois, immédiatement après la sortie de celui-ci, on trouve le placenta à l'orifice de la matrice ; il a été même, dans certains cas, expulsé avec lui, ce qui heureusement est fort rare, car la matrice, désemplie trop promptement, pourrait être affectée d'inertie. Dans d'autres cas, le placenta n'est séparé qu'après quelques heures et plus. Du reste, le décollement a lieu d'autant plus promptement, que le travail a été plus long, les douleurs plus violentes, et que la matrice est revenue plus promptement sur elle-même.

Le mécanisme de cette opération est facile à concevoir. La matrice ne peut revenir sur elle-même, sans que sa surface interne ne diminue d'étendue. D'un autre côté, le délivre, qui forme une masse inerte, ne peut éprouver la même rétraction : leurs adhérences doivent donc se rompre, et la séparation s'opérer.

Le décollement du placenta peut commencer par des points variés de sa surface : de là divers phénomènes. Le centre se décolle-t-il le premier, le sang sépanche comme dans une espèce de cul-de-lampe, et favorise la séparation, qui étant une fois opérée, le placenta vient offrir à l'orifice utérin sa face fœtale. D'autres fois c'est par un bord que commence le décollement, surtout si l'implantation à lieu sur l'un des côtés de l'utérus ; alors si le bord supérieur se sépare le premier, le sang s'accumule derrière lui en forme de coin, jusqu'à ce qu'il soit entièrement séparé pour présenter encore à l'orifice sa face fœtale. Enfin, lorsque le bord voisin de l'orifice se décolle le premier, le placenta se roule en forme de cornet d'oublie, et vient présenter sa surface utérine ou un de ses bords.

Les signes auxquels on reconnaît que la nature travaille à la délivrance sont les suivans : plus ou moins long-temps après l'expulsion du fœtus, de nouvelles douleurs viennent troubler le repos et la joie de la mère ; elles sont l'effet des contractions de l'utérus, qui tend à se débarrasser complètement. En même temps cet organe se durcit, s'arrondit, son orifice se dilate, et le doigt, porté dans le vagin, ne tarde pas à reconnaître un corps mollasse qui va s'y engager.

Deuxième époque. Le délivre libre dans la matrice l'excite à se contracter; son col s'entr'ouvre de plus en plus, le placenta le traverse, passe dans le vagin; alors le diaphragme, les muscles abdominaux entrent en contraction, et la délivrance s'achève.

En quoi l'art doit-il coopérer à la délivrance naturelle ? Les meilleurs praticiens sont généralement d'accord, que cette opération peut toujours être abandonnée aux seuls efforts de la nature, que les fonctions des gens de l'art doivent se borner à la seconder, et qu'ils ne peuvent jamais se permettre de la brusquer. Malheureusement ces préceptes ne sont pas toujours suivis exactement, et souvent on voit d'imprudentes matrones, trop avides de faire croire à l'utilité de leur ministère, s'empresser de tirer sur le cordon immédiatement après la sortie du fœtus, et donner lieu à des accidens, ou rendre l'opération plus douloureuse, plus difficile, en irritant l'utérus et en détruisant, par la rupture du cordon, le moyen d'aider à propos la nature. Je le répète, ici la patience est une qualité des plus utiles ; à moins d'accidens, on ne doit jamais anticiper, ni se presser, mais toujours attendre que la nature donne le signal.

Pour favoriser la délivrance, on évite de lier la portion de cordon tenant au plancenta, afin de la laisser dégorger et diminuer de volume.

Lorsque la matrice met de la lenteur à se durcir, lorsqu'après un certain temps elle ne paraît pas assez contractée, on réveille son action par de légères frictions faites sur l'hypogastre. De nouvelles douleurs, la dureté du globe utérin, la présence du placenta à l'orifice du col annoncent-elles qu'il est détaché, que la nature travaille à son expulsion? c'est le cas d'exercer sur le cordon quelques tractions faites dans la direction de l'axe de l'utérus, quand de cet organe le délivre descend dans le vagin, puis, suivant l'axe du détroit inférieur, quand du vagin il passe au dehors. Pour satisfaire à cette indication, on entortille, le plus près possible de la vulve, autour des doigts

d'une main, le cordon recouvert d'un linge sec, et on exerce sur lui une traction douce et continuée d'abord en ligne droite, puis obliquement; mais afin que l'action ait lieu suivant l'axe de l'utérus, pendant le passage du placenta de cet organe dans le vagin, on doit porter jusqu'à l'orifice du col l'indicateur et le médius d'une main, pour pousser vers le sacrum l'anse qu'on fait former au cordon, et le faire glisser comme sur une poulie de renvoi. Le placenta est-il arrivé dans le vagin, on en retire les doigts, et on relève un peu le cordon du côté du pubis pour exercer les tractions dans la direction de l'axe de ce canal. Aussitôt que le placenta paraît à la vulve, on le reçoit dans la paume d'une main située au devant de la commissure postérieure, tandis qu'on le saisit avec l'autre, pour le rouler cinq à six fois sur lui-même, et tordre ainsi les membranes en manière de corde, afin de les entraîner en entier.

Si lorsqu'on a tiré un peu sur le cordon on éprouve quelque résistance, à l'aide du doigt, on cherche à reconnaître ce qui retient le placenta; si sa rétention est due au volume, à quelques caillots qui l'accompagnent, on le saisit par un bord à l'aide de deux doigts, on le renverse et il sort facilement.

Après l'expulsion du délivre, on examine s'il est entier. Si quelque lambeau du placenta est resté dans l'utérus, on va le chercher, crainte qu'il ne cause quelque accident. Si les membranes, ou une de leur portion seulement a été retenue, il est inutile d'irriter les parties, elle sera entraînée avec les lochies.

Tous les moyens recommandés dans le but de favoriser la délivrance, tels que la compression du bas-ventre, l'éternument, les fortes expirations, le vomissement, doivent être proscrits comme inutiles et pouvant devenir dangereux.

ARTICLE II.

De la délivrance artificielle.

L'accoucheur ne doit pas dans toutes les circonstances abandonner la délivrance à la nature, et se borner à l'aider; il est des cas où il doit remplir un rôle plus actif, nous allons parler successivement de chacun d'eux. L'ordre que nous suivrons dans leur exposition est le suivant : 1°. hémorrhagie; 2°. faiblesse extrême, syncopes; 3°. convulsions; 4°. inertie de la matrice; 5°. resserrement spasmodique du col; 6°. adhérence intime du placenta; 7°. enchatonnement; 8°. implantation sur le col de l'utérus; 9°. grossesse multiple; 10°. avortement.

1°. *Hémorrhagie.* Elle peut être apparente ou cachée, selon que le sang coule plus ou moins abondamment par la vulve, ou qu'il s'épanche dans la cavité utérine. Ce dernier cas est d'autant plus dangereux, qu'il peut laisser certaines personnes dans une sécurité trompeuse. Cependant il est des signes propres à le faire reconnaître; ainsi, il n'est jamais plus à redouter qu'à la suite des accouchemens précédés de perte, surtout si on les termine brusquement; alors la matrice reste presque toujours dans un état d'inertie, et le placenta, décollé, vient s'appliquer à l'orifice de ce viscère, pour y retenir le sang. Un caillot peut encore produire le même effet.

La femmme en proie à une hémorrhagie interne devient pâle; elle éprouve des éblouissemens, des tintemens d'oreilles; sa voix s'affaiblit, ainsi que ses forces : il en est de même du pouls; des syncopes se manifestent. Si on porte la main sur l'abdomen, on sent que le volume de l'utérus, loin de diminuer, augmente, et qu'il reste dans un état de mollesse au lieu de se durcir.

L'hémorrhagie externe se reconnaît aux mêmes symptômes généraux, mais ici on voit de plus le sang s'écouler plus ou moins abondamment par la vulve.

Le premier soin à donner à une femme affectée d'hémorrhagie interne consiste à détruire l'occlusion de l'orifice utérin ; ainsi on retire les caillots, si ce sont eux qui la produisent, on écarte le placenta s'il en est la cause ; en même-temps on excite, par des frictions faites sur l'hypogastre, par des applications froides et légèrement astringentes, les contractions de la matrice. Si, malgré ces moyens, l'utérus ne revient pas sur lui-même, et si le sang coule librement à l'extérieur, on se conduit comme dans les cas d'hémorrhagie externe, dont nous allons nous occuper.

L'hémorrhagie externe est-elle accompagnée de symptômes de pléthore générale? la femme conserve-t-elle ses forces? la perte est-elle d'ailleurs peu abondante? Ce n'est pas le cas de précipiter la délivrance, de porter la main dans l'utérus ; il faut, tout en se tenant sur ses gardes, en se disposant à agir avec plus d'énergie, au cas où on verrait la femme s'affaiblir ; il faut, dis-je, l'exposer à un air frais, la coucher horizontalement sur le crin, sur la paille, lui recommander le repos et un silence absolu, lui prescrire l'usage de quelque boisson rafraichissante.

L'hémorrhagie paraît-elle, au contraire, tenir à l'inertie? la perte est-elle abondante? Il ne faut pas perdre de temps. L'utérus est-il déjà revenu sur lui-même? ne semble-t-il que manquer de l'énergie nécessaire pour expulser le délivre? Il faut l'extraire, car c'est lui qui entretient la perte. La matrice, au contraire, est-elle encore très-spacieuse? Ce n'est plus le placenta qui entretient l'hémorrhagie, mais elle est l'effet de l'inertie, qu'il faut dissiper le plus promptement possible. Pour remplir cette indication, on pratique des frictions sur l'hypogastre, on y fait des applications froides, on y place même de la glace. Si ces moyens ne suffisent pas, qu'on introduise la main dans la matrice pour l'exciter, qu'on y fasse des injections d'eau froide, d'oxycrat, le bassin étant rélevé pour permettre leur séjour ; enfin, dans les cas désespérés, qu'on place la femme sur le carreau, qu'on l'arrose d'eau froide. Le tamponnement ne peut avoir aucune efficacité en pareil cas, à moins que le sang ne parte de quelque déchirure, sur laquelle

il vienne s'appliquer. L'emploi d'une vessie distendue par de l'air ou par un liquide est un moyen plutôt nuisible qu'utile. Dans quelque cas où on a vu l'hémorrhagie se reproduire aussitôt qu'on cessait de stimuler la matrice, on a exprimé utilement un citron dans sa cavité, où on l'a abandonné ensuite.

Comme moyens intérieurs, on prescrit la limonade, l'eau à la glace, quelque potion tonique pour soutenir les forces : le seigle ergoté peut être employé.

Dans cet état fâcheux il faut, d'ailleurs, soutenir le moral de la femme, et lui cacher, autant que possible, le danger de sa position.

2°. *Faiblesse extrême, syncopes.* Une femme a perdu beaucoup de sang ; elle est naturellement débile ; l'accouchement dure depuis longtemps ; elle éprouve, à l'époque de la délivrance, une faiblesse très-grande, des syncopes, indépendantes d'ailleurs de toute perte utérine actuellement existante. Il faut la ranimer, relever ses forces par quelques toniques. Si l'inertie se manifeste, on se comporte comme nous l'indiquerons ailleurs. Enfin, si la matrice ne peut se délivrer, et si le placenta semble entretenir les accidens, il faut l'extraire.

3°. *Convulsions.* Si elles tiennent à l'hémorrhagie, c'est principalement contre elle qu'il faut agir ; si elles sont dues à un état nerveux, on a recours à la saignée, aux bains, aux antispasmodiques, selon les indications ; enfin, si elles paraissent entretenues par la rétention du placenta, il faut l'extraire.

4°. *Inertie de la matrice.* Cet état peut être déterminé par la débilité générale, par la fatigue que l'utérus a endurée pendant un travail long et pénible, par la trop grande distension à laquelle il a été soumis, par des pertes antérieures, et enfin, le plus souvent, par l'expulsion trop prompte du fœtus. En pareil cas, la délivrance peut être notablement retardée ; on l'a vue se faire attendre des heures et même des jours entiers.

La matrice, inerte, reste molle, ne se contracte point; les douleurs ne reparaissent pas. Si on voulait alors procéder à la délivrance en tirant sur le cordon, on s'exposerait à produire le renversement de l'utérus, ou à déterminer une hémorrhagie. On doit, si ce dernier accident n'existe pas, se borner à exercer de légères frictions sur l'abdomen, à ranimer les forces de l'accouchée, en attendant que l'utérus, se contractant, détermine le décollement du placenta. Si, comme on l'a observé, une hémorrhagie avait lieu par le cordon, on y appliquerait une ligature : c'est surtout dans ce cas qu'on dit avoir administré utilement le seigle ergoté.

5°. *Resserrement spasmodique du col utérin.* Il ne faut pas prendre pour un spasme le resserrement qui s'opère naturellement après la sortie du fœtus, et qui ne résiste pas aux contractions qui tendent à expulser le placenta. Quelques praticiens n'en admettent la possibilité que dans le cas où il y a spasme général. Si ce spasme avait lieu néanmoins, on l'abandonnerait à la nature, s'il n'existait aucun accident; si le contraire avait lieu, on le ferait probablement facilement cesser par l'emploi de la saignée, si la femme était pléthorique, des bains, des injections adoucissantes, de la vapeur d'eau chaude; par l'administration de quelques antispasmodiques. S'il était urgent de délivrer, on pourrait le surmonter avec les doigts.

6°. *Adhérences contre-nature.* Le plus ordinairement le placenta est uni à l'utérus d'une manière assez peu résistante. Dans quelques cas, cependant, il arrive que l'adhérence résiste non-seulement aux contractions utérines, aux tractions exercées sur le cordon, mais encore à l'action immédiate de la main.

Rarement l'adhérence existe dans toute l'étendue du placenta. Presque généralement elle est bornée à un point variable de sa surface, sans en être pour cela moins grave; le décollement partiel qui s'opère alors s'accompagne le plus souvent d'hémorrhagie.

La plupart des auteurs ont attribué l'adhérence contre-nature à un

état squirrheux du placenta. Cela peut bien être dans certains cas ; mais il est à croire que, dans beaucoup d'autres, elle reconnaît une autre cause. On a avancé que, dans certaines circonstances, elle pouvait être la suite de l'inflammation des surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta ; nul doute que cela ne puisse avoir lieu. *John Burns* cite un cas où une portion du placenta était ossifiée avec le point correspondant de l'utérus.

Les caractères auxquels on reconnaît l'adhérence, sont les suivans : malgré les douleurs, bien que l'utérus fasse sentir sa dureté dans l'hypogastre, l'arrière-faix ne se détache point, quoiqu'on exerce des tractions sur le cordon ; celui-ci cède un peu, mais pour remonter quand on l'abandonne.

L'union intime du placenta avec l'utérus étant reconnue, il faut chercher à la détruire ; et il n'y a pas à hésiter quand il existe une hémorrhagie, ce qui est le cas le plus commun.

Après s'être assuré du lieu d'implantation, par la direction que prend le cordon en se contournant au-delà du col de l'utérus, on exerce des tractions qui doivent, autant que possible, agir perpendiculairement à la surface du placenta. Pour cela, à l'aide de deux doigts portés jusqu'à l'orifice de l'utérus, on pousse le cordon en sens opposé au point d'insertion. On ne craint pas de porter les tractions assez loin ; néanmoins on doit les suspendre quand on sent le cordon céder dans un point de son étendue. D'ailleurs, on a soin de s'assurer si on ne déprime pas l'utérus.

Si les adhérences résistent aux efforts méthodiques exercés sur le cordon, on introduit une main dans la matrice, pendant que l'autre, appliquée sur l'hypogastre, la soutient; on suit le cordon pour arriver au placenta ; et dans les cas où il a été rompu, on reconnaît le corps que l'on cherche à sa saillie, aux ramifications vasculaires de sa face fœtale, à sa mollesse ; enfin, à la moindre sensation qu'éprouve la femme quand on le touche, que quand on applique immédiatement la main sur le tissu de l'utérus. Le placenta est-il déjà détaché dans

quelque point de sa circonférence, on y glisse la main et on achève le décollement. Si l'adhérence a lieu dans toute la surface, on cherche à décoller le point le moins résistant, et on termine l'opération comme ci-dessus. Enfin, il est des cas où l'adhérence ayant seulement cessé au centre, le sang s'épanche, le soulève; on peut alors tirer sur ce point, ou, comme *Baudeloque* le conseille, y pratiquer une perforation, par laquelle on introduit le doigt pour achever le décollement.

Dans les cas fâcheux où une portion et même la totalité du placenta ne veut point céder, il vaut mieux l'abandonner que de fatiguer plus ou moins l'utérus, et de s'exposer à le déchirer.

J'ai supposé jusqu'ici l'existence d'une hémorrhagie. La conduite à tenir est la même dans son absence, seulement les indications sont moins pressantes.

Lorsqu'on a été forcé d'abondonner dans l'utérus une portion du placenta, il peut en résulter des effets divers. On a vu, dans certains cas, cette partie être expulsée dans un état de dessèchement, sans que d'ailleurs il se soit manifesté aucun accident. Dans d'autres cas on n'a pas eu le même bonheur; la putréfaction s'est emparée du corps étranger, ce qui, communiquant aux lochies une fétidité extrême, a été suivi de symptômes plus ou moins graves, tels que fièvre, insomnie, délire, inappétence, dégoût, syncopes, etc. Dans ces cas difficiles, la conduite à tenir consiste à prévenir les accidens en prescrivant la diète, les applications, les injections émollientes, pour calmer l'irritation, entraîner les putridités; on doit rendre ces injections, par suite, plus ou moins antiseptiques, selon l'état de l'utérus. On touche assez souvent la femme, et si on sent à l'orifice du col quelques débris de placenta, on les entraîne. Si aucun accident ne survient, on soutient la femme par une nourriture convenable.

7°. *Enchatonnement, enkystement, chatonnement du placenta.* Dans des cas rares, le point de l'utérus où s'insère le placenta ne se contractant pas avec la même énergie que le reste de l'organe, il s'y forme

une cellule où il est retenu. Bien plus fréquemment, comme l'a fait remarquer *Simson*, le chatonnement tient à ce que l'orifice interne du col se resserrant, partage la cavité de la matrice en deux loges, dont la supérieure renferme le délivre, en tout ou en partie.

Lorsque le chatonnement existe, en touchant l'hypogastre, on sent que la matrice a la forme d'une callebasse. Si on est obligé d'y introduire la main, on reconnaît que le cordon, après avoir traversé une première cavité, va se perdre dans une seconde. Si le cordon manque, en promenant la main dans la première cavité, on rencontre bientôt l'ouverture de la seconde.

Si aucun accident ne se joint au chatonnement, on abandonne la délivrance à la nature. A une certaine époque, l'utérus se contracte uniformément, l'ouverture de commuication des deux cavités s'efface, et elles n'en forment plus qu'une seule, d'où le placenta ne tarde pas à être expulsé. On a soin, d'ailleurs, de ranimer l'action de l'utérus par de douces frictions pratiquées sur la région hypogastrique. Si nous supposons l'existence d'un accident qui oblige à délivrer, il faut dilater le rétrécissement par l'introduction successive d'un, deux ou trois doigts, puis de la main entière, qui, arrivée dans la cellule, en chasse devant elle le placenta, pour n'en sortir que quand cette cavité a disparu.

Si le placenta n'est que partiellement enchatonné, on promène le doigt autour de la portion étreinte, pour faire cesser l'étranglement et pouvoir terminer la délivrance. Si le chatonnement est dû à un état de spasme, c'est plutôt le cas de recourir aux antispasmodique que de fatiguer l'utérus par des manipulations.

8°. *Implantation du placenta sur le col de l'utérus.* Cette circonstance a plus de rapport avec l'accouchement qu'avec la délivrance ; aussi nous en dirons peu de choses. L'hémorrhagie qui se manifeste dans les derniers mois de la grossesse, quelquefois seulement pendant l'accouchement, doit faire redouter l'accident qui nous occupe. Si, pour mieux assurer son diagnostic, on pratique le toucher avec pré-

caution, dans la crainte de déplacer quelque caillot qui peut s'opposer à l'hémorrhagie, on sent un corps mou dans lequel on pourrait enfoncer le doigt ; c'est le placenta. De deux choses l'une : ou son centre répond à l'orifice utérin, alors poussé par la tête du fœtus, il se décolle circulairement, et vient se présenter le premier à la vulve ; ou bien il ne porte sur l'orifice que par un bord ; alors il conserve ordinairement une partie de ses adhérences après l'accouchement. Dans cette dernière circonstance, on se conduit comme pour les autres cas de délivrance ; seulement, quand on reçoit le placenta à la vulve, on doit tordre bien exactement les membranes qui sont très-susceptibles de l'abandonner.

9°. *Jumeaux.* Les placentas des jumeaux ont presque toujours des rapports entr'eux au moyen des membranes. Quelquefois, en apparence ils ne forment qu'une seule masse ; ce qui dicte le précepte de ne procéder à la délivrance qu'après la sortie des fœtus. Il n'est permis d'agir autrement qu'autant qu'après l'expulsion du premier, son placenta, libre de toute adhérence, vient se présenter à l'orifice utérin. On lie le cordon, et quand le moment favorable à la délivrance est arrivé, on le réunit à celui du second enfant, pour tirer sur les deux en même temps. Si les délivres offrent trop de volume pour franchir ensemble l'ouverture du col, on exerce principalement des tractions sur celui qui est le plus voisin, et ils sortent l'un après l'autre. Lorsqu'ils sont enfin arrivés à la vulve, on se conduit comme si on avait affaire à un placenta unique.

10°. *Avortement.* S'il a lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, ordinairement le fœtus est expulsé simultanément avec le délivre. Si cela n'est pas, on est obligé d'abandonner la délivrance aux soins de la nature, qui l'effectue après un temps variable. Cette conduite est motivée sur la faiblesse du cordon, l'étroitesse des parties qui rendraient toute tentative inutile. Ce n'est qu'autant que le délivre se présente à l'orifice de l'utérus, qu'on peut le saisir avec

les doigts ou la pince à faux germe. S'il se manifeste une perte, on sollicite l'action expultrice de l'utérus par des frictions, par des injections, des fomentations froides ; et si elle ne se calme pas, c'est le cas de recourir au tamponnement. A mesure que l'avortement s'éloigne du terme que nous venons de considérer, pour se rapprocher de celui de neuf mois, la délivrance rentre de plus en plus dans les conditions que nous avons tracées précédemment, et exige la même conduite.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET.)

I.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Sect.* 2, *aph.* 33.

II.

Mulierem in utero gerentem, morbo quopiam acuto corripi, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 30.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid*, *aph.* 32.

IV.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluat, periculum est ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 37.

V.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Ibid.*, *aph.* 56.